

Bullose aiguë

Acute bullous

F. EL HADADI*, L. MEZNI,
M. MEZIANE, N. ISMAILI, L.
BENZEKRI, K. SENOUCI

Patient âgé de 35 ans, sans antécédents particuliers ; notamment pas de notion d'atopie, pas de dermatose préexistante, qui consulte pour l'apparition depuis 2 jours d'une éruption bulleuse à contenu clair reposant sur une peau érythémateuse prurigineuse au niveau des jambes (Figure 1). Il n'y avait pas d'autres lésions en dehors de cette localisation. Le reste de l'examen clinique était normal.



Figure 1: Eruption bulleuse sur une peau érythémateuse prurigineuse au niveau des jambes

Hypothèses diagnostiques

- Un eczéma de contact bulleux
- Une photophytophymatose "dermite des prés"
- Une piqure d'insecte

Service dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Sina Rabat, Maroc. Université Mohammed V Souissi. Rabat, Maroc

* @ : farahelhadadi1234@gmail.com

Diagnostic à évoquer et conduite à tenir

Après un interrogatoire minutieux, le patient, policier de profession, rapporte qu'il n'y avait pas de prise médicamenteuse et qu'il aurait porté de nouveaux protège-tibias. Il s'agissait donc d'un eczéma de contact bulleux secondaire aux protège-tibias.

Nous n'avons pas pu réaliser les tests cutanés afin de trouver la substance allergisante par faute de moyens chez ce patient. Sur le plan thérapeutique, nous avons préconisé au patient une douche quotidienne à l'eau et au savon surgras, de percer les bulles de façon stérile, un dermocorticoïde classe forte a été instauré pendant une durée de 5 jours avec une crème barrière émolliente et nous avons conseillé au patient d'utiliser de longues chaussettes blanches en coton avant la mise des protèges tibias. L'amélioration était bonne et la cicatrisation des lésions complète.

Discussion

L'eczéma de contact aux protèges-tibias est fréquent et touche surtout les enfants, les sportifs (footballeurs, hockey, boxeurs) mais aussi certaines professions (gendarmes, policiers, ...). La macération ainsi que l'irritation secondaire à la friction de ces équipements avec la peau sont les principaux facteurs favorisants. Selon plusieurs études [1-3], les allergènes les plus souvent incriminés sont soit en rapport avec la couleur (paraphylène diamine, p-tertbutylformaldehyde resin -PTBFR-) ou en rapport avec les composants même des protèges-tibias (cobalt, potassium dichromate, colophane et abitol, Whool alcohol, isophorone diisocyanate, dibutyl thiouréa, acétophenone azine et chrome). Lorsque la cause de l'eczéma de contact ne peut être identifiée, les patchs tests retrouvent toute leur place et sont d'une importance capitale pour l'orientation diagnostique.

Conclusion

Les différentes mesures de traitements proposées pour l'eczéma de contact aux protèges-tibias sont parfois inefficaces tant que l'allergène en cause n'a pas été mis en évidence, d'où l'intérêt de la prévention (port de chaussettes en coton, changement des protèges-tibias) afin de limiter le contact entre la peau et ces équipements. L'étiquetage succinct des différents composants des protèges-tibias doit être obligatoire.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Powell D, Ahmed S. Soccer shin guard reactions: allergic and irritant reactions. *Dermatitis*. 2010;21:162-6.
2. Hill H, Jacob SE. Shin-Guard Dermatitis-Detection and Protection. *Pediatric Dermatology*. 2016;33(3):355-6.
3. Koumaki D et al. Allergic Contact Dermatitis to Shin Pads in a Hockey Player. *Dermatitis*. 2019;30(2):162-3.